

In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on:
facadm16@gmail.com

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



PANCREATITE CHRONIQUE

DR GUESSAB
19/10/2016

INTRODUCTION

□ DEF

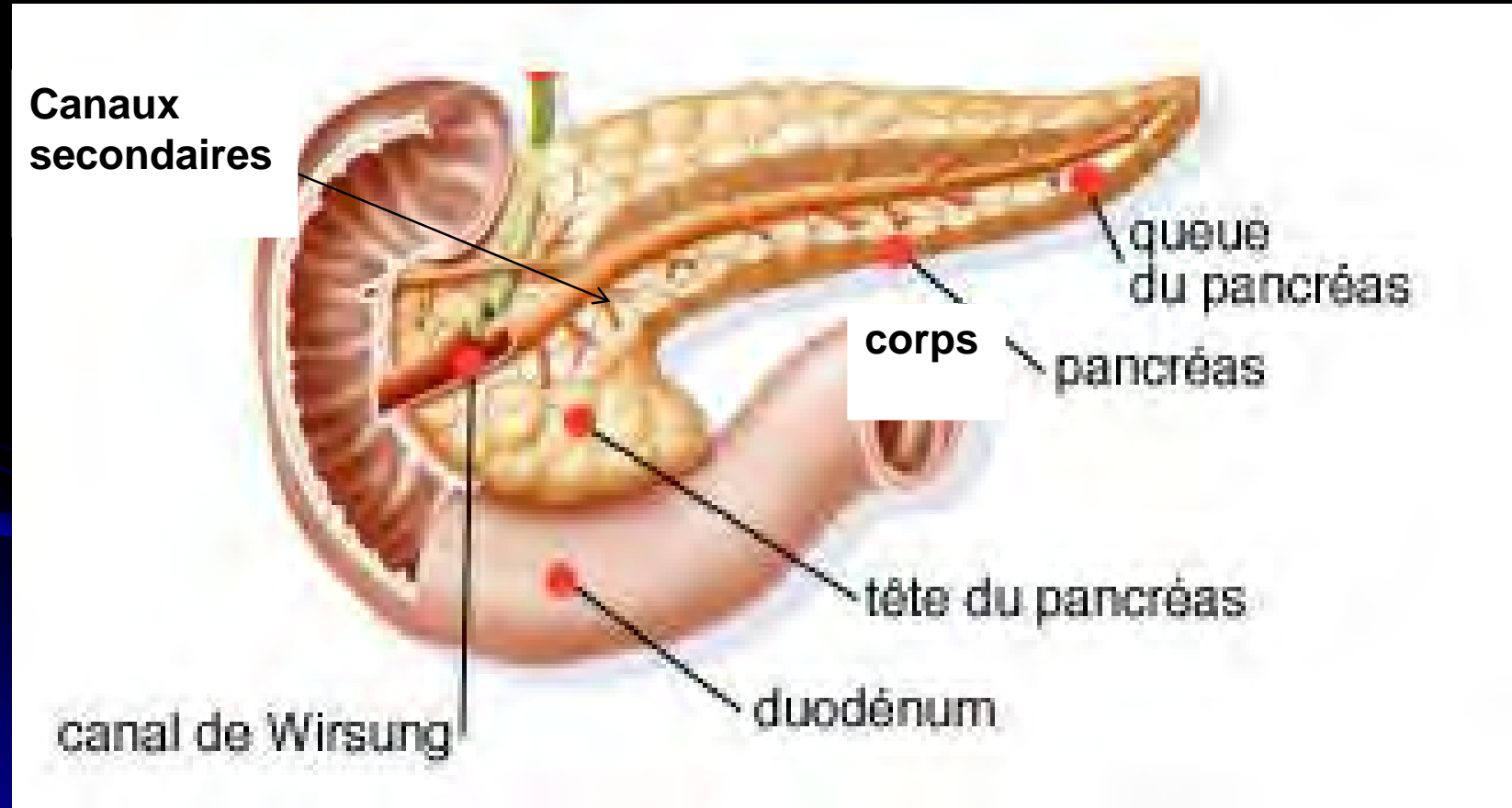
Inflammation chronique du pancréas, caractérisée par une destruction progressive du parenchyme pancréatique remplacé par de la fibrose, conduisant à l'apparition de douleurs et/ou altération permanente des fonctions du pancréas

INTRODUCTION

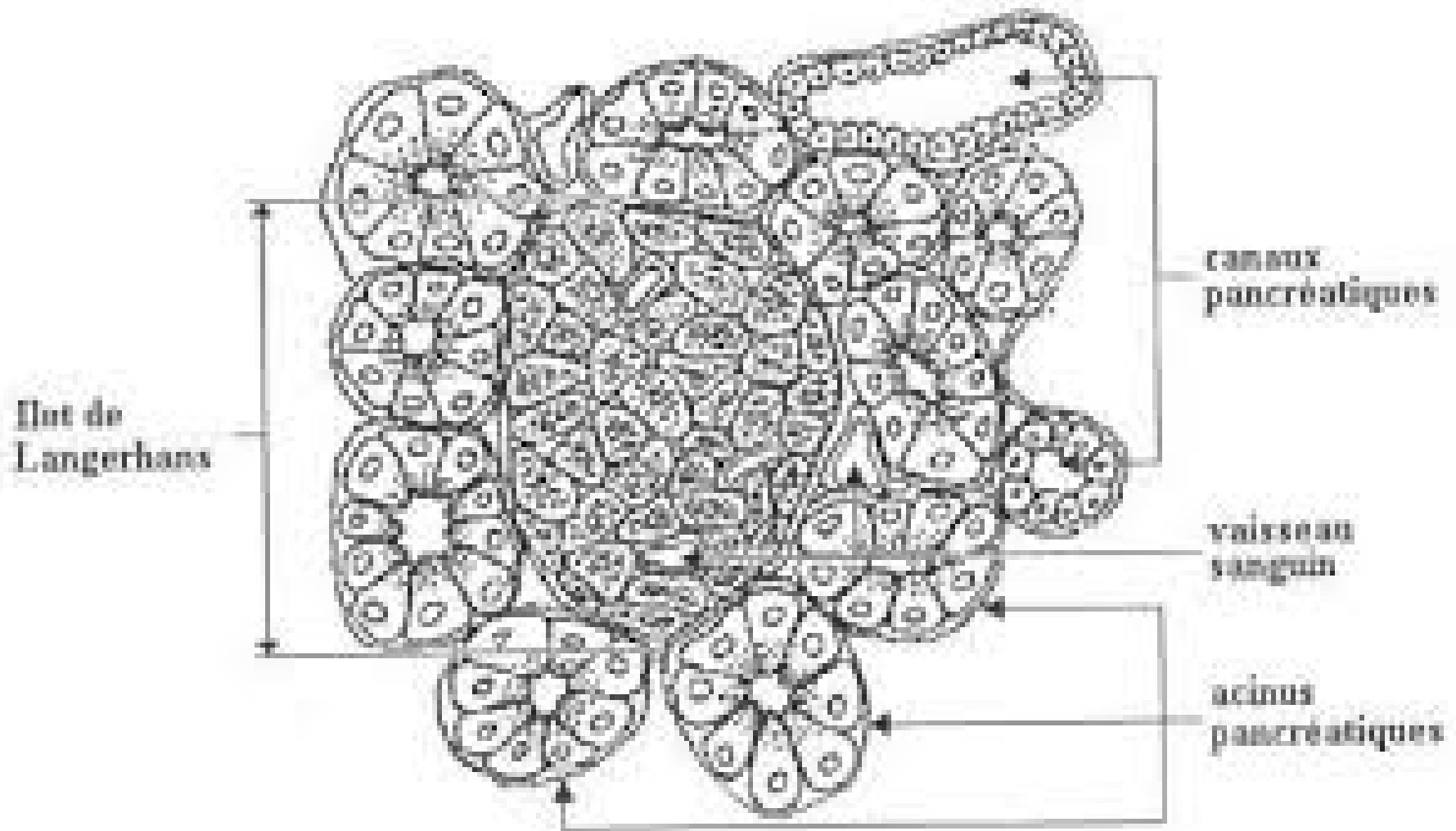
□ INTERETS

- **Fréquence:** variable rare chez nous
- **DIAGNOSTIC** Progrès des techniques d'imagerie:
TDM multibaret , Echoendoscopie , IRM
- **ETIOLOGIE:** multiples
- **TRT:**
 - Medical
 - Endoscopique
 - Radiologique
 - chirurgical

Rappel: Anatomie du pancreas



Rappel: Histologie du pancréas



ANATOMOPATHOLOGIE

MACRO:

- Pancreas induré ,tuméfié parfois pseudo- tumoral, entouré par une gangue scléreuse très adhérente
- Ds les formes évoluées il est atrophique

MICRO:

- Fibrose irrégulière ,détruisant la parenchyme pancréatique
 - elle peut être: Focales ,segmentaires ou diffuses
- Alternance de zones stenosées et dilatées qui peuvent toucher le WIRSUNG ou les canaux secondaires
- Au sein des canaux on a des bouchons protéiques qui vont se calcifier
- les îlots de Langerhans sont plus longtemps préservés

CLINIQUE

PANCREATITE CHRONIQUE NON COMPLIQUEE

La douleur principal symptôme

survient par crises de plusieurs heures à plusieurs jours, séparées par des intervalles de calme pouvant durer quelques jours, semaines, mois ou années.

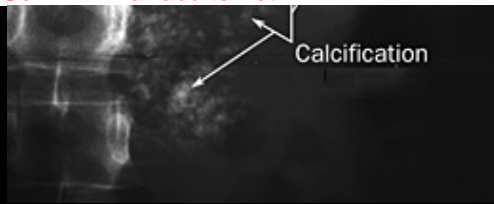
- Elle a un début rapidement progressif, un siège habituellement épigastrique et a des irradiations postérieures transfixiantes ou dans les hypocondres.
- Il existe souvent une position antalgique en antéflexion. La douleur peut être de forte intensité. Elle est aggravée presque immédiatement par l'alimentation, obligeant le malade à restreindre son alimentation voire à jeûner. Elle est, en revanche, habituellement soulagée par les antalgiques.

EXAMENS MORPHOLOGIQUE

➤ BIOLOGIE

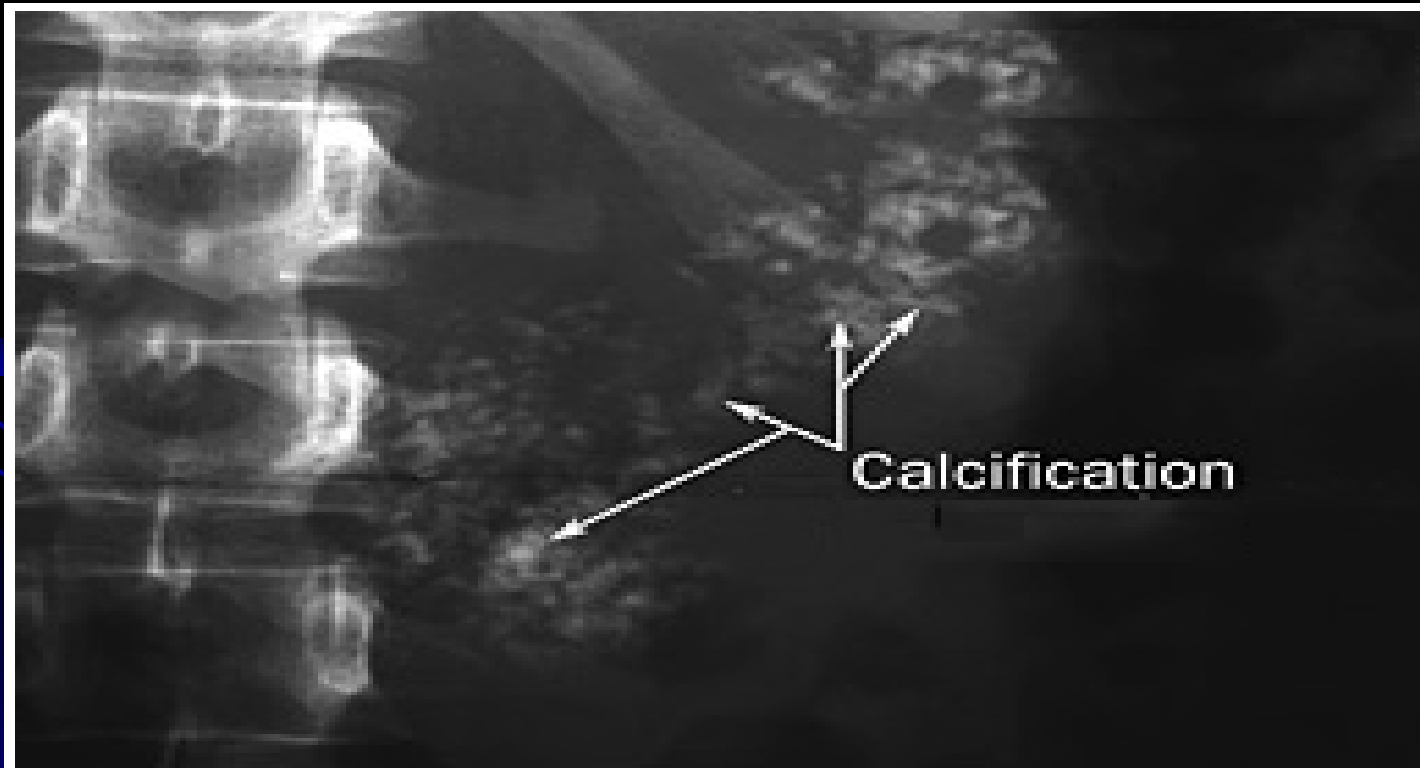
Lipasemie, Amylasemie s'élevent uniquement en cas de poussée aigue

Leur dosage au cours de la pancréatite chronique est donc inutile en dehors de cette circonstance



MENS MORPHOLOGIQUE

1.ASP +/- CALCIFICATIONS ds l'aire pancréatique(en regard D12-L1 De taille et de forme variables,ne sont pas systématiquement présentes au début de la maladie



EXAMENS MORPHOLOGIQUE

- **2.ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

- augmentation de l'échogenicite du parenchyme pancréatique

- modification du volume du pancreas(

Hypert ou atrophie avec un contour irregulier

- -calcifications

- anomalies du wirsung(irrigularites ,dilatations

Sensibilites =52-82%

EXAMENS MORPHOLOGIQUE

● TDM ABDOMINALE

examen indispensable

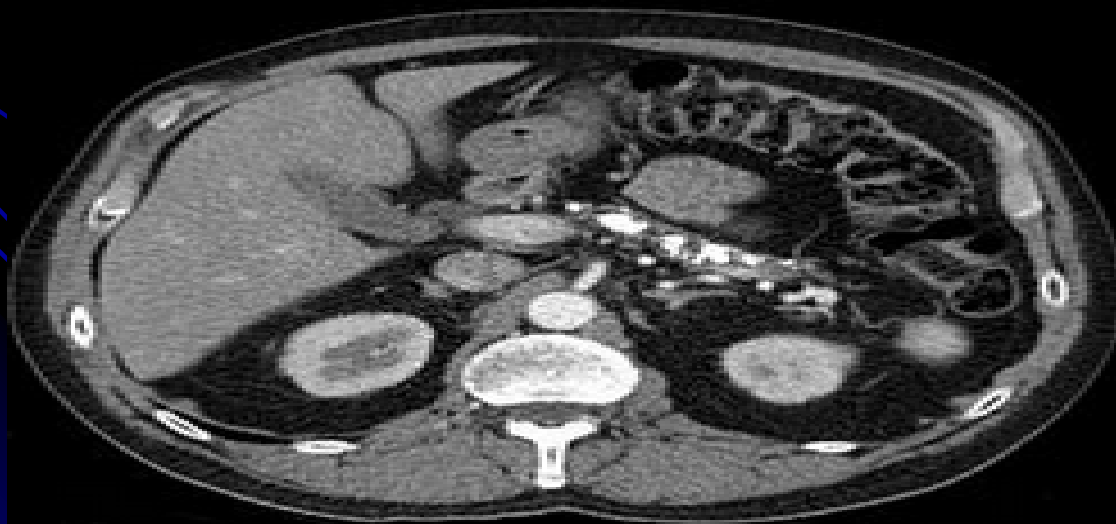
Plus sensible que l'échographie sup 90%

Calcifications (clichés sans injection p contraste examen le +sensible))

Modification de taille, des contours ,du parenchyme

Irregularites de calibre canalaire

Des complications pseudo kyste, thrombose veineuse, compressions digestives



EXAMENS MORPHOLOGIQUE

CPIRM

**MEILLEUR EXAMENS POUR EXPLORER LES
CANALUX PANCREATIQUES**

REMPLECE LA CPRE

ON PEUT AVOIR DES STENOSES, DES DILATATIONS

DES LACUNES INTRA CANALAIRES

**NE VISUALISE PAS LES CALCIFICATIONS
PANCREATIQUES**

EXAMENS MORPHOLOGIQUE

- **ECHOENDOSCOPIE**

- anomalies parenchymateuses**

- Calcifications

- Spots hyperechogenes=micro calcifications

- Bandes hyperechogenes ou accentuation de la lobulation =fibrose

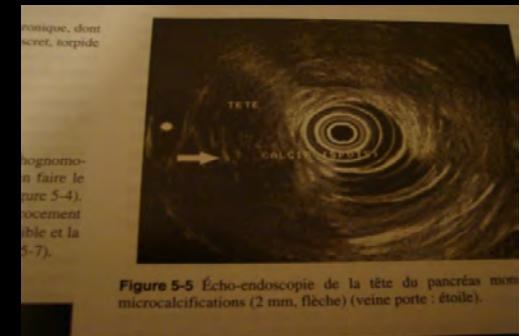
- anomalies canalaire**

- Dilatations canalaire(w et ou canaux ilairs

- Irrégularités de calibre canalaire

- Aspect hyperechogenes des parois

- Présence de calculs



EXAMENS MORPHOLOGIQUE

- **CPRE**

- était le gold standard

- n'a pratiquement plus d'indication a visée diagnostique

FORMES CLINIQUES

- **FORMES SYMPTOMATIQUES**

- f **indolores** : sont le plus svnt découvertes
à l'occasion d'un diabète ou d'une
steatorrhée

- f de **PC avec POUSEE AGUE**

- dc si douleur +elevation

- de la lipase (3-5 fois la limite sup de la
normale

- TDM signes de PA

FORMES CLINIQUES

- **FORMES ETIOLOGIQUES**

1-/ALCOOLIQUE

**principale cause de pancreatite en occident
en general apres une consommation journaliere de
plus de 150g pdt plus de 10ans(durée et quantite
plus importante chez les femme que chez l'homme)**

B/HYPERCALCEMIE

- essentiellement au cours de hyperparathyroïdie
- lésions parathyroïdiennes: adénome(s) 70-80%
hyperplasie 10%, KC 10%
- la présence d'une lithiase rénale associée doit faire évoquer l'hyperparathyroïdie

- **2 GENETIQUE =HERIDITAIRE**

les 1iers sympt debutent avt l'age de 30ans parfois tôt ds l'enfance(age precoce est un element +++en faveur du dc)

A/MUTATIONS DOMINANTES
GENE DU TRYPSINOGENE CATIONIQUE

B/MUTATIONS RECESSIVES

- SPINK1(inhibiteur du trypsinogene cationique)
- CFTR gène (*Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*) ds le cadre d'une Mucoviscidose (atteinte pulmonaire,pc,stérilité,polypes sinusiens)

- **3/ P AUTO-IMMUNE**

- **Associée a d'autres pathologie autoimmune**
- **Peut toucher le pancréas, mais aussi d'autres organes(poumon, reins, voies biliaires(cholangite auto-immune) tube digestif(MICI)glandes salivaires)**
- hypergammaglobulinemie principalement IG4++++++**
- presence d'autoanticorps(anticorps anti-anhydrase carbonique, d'anticorps antilactoferrine, d'anticorps antinucléaires,)**
- **pas de calcifications**

● **5/OBSTRUCTIVE**

- secondaires à un obstacle, en général tumoral ou post traumatique, sur le canal pancréatique principal.

- **6/P IDIOPATHIQUE**

Dans ce cas aucune étiologie n'est retrouvée(bilan étiologique complet négatif

Leurs fréquence a nettement diminuée

Avec les progrès de la biologie moléculaire et la génétique

7-PC APRES RADIOTHERAPIE

8-PA EOSINOPHILE

- Exceptionnelle

- A évoquer:

terrain atopique 50%

élévation des IGE serique (fluctuante)

gros plis gastrique ou duodenaux

BX(gastrique. duod) ifiltrat infla riche

er eosinophil

FORMES CLINIQUES

- **FORMES COMPLIQUEES**

1/INSUFFISANCE PANCREATIQUE

début en moyenne 10 ans après les premiers symptômes, est dominée par l'installation de l'insuffisance pancréatique exocrine (stéatorrhée) et endocrine (diabète)

2/ COMPRESSIONS D'ORGANES

- **STENOSE OU COMPRESSION VBP**

- Ictère: <50 % des cas

- Une cholestase (GGT, phosphatases alcalines, bilirubinémie) doit être systématiquement recherchée

- **COMPRESSION DUODENALE** se manifeste par vomissements, douleurs abd, tableau d'obstruction complète

- **COMPRESSION VASCULAIRE**

VSPLENIQUE ,VMEENTERIQUE SUP,VPORTE

rupture d'une varice osogastrique par hypertension portale

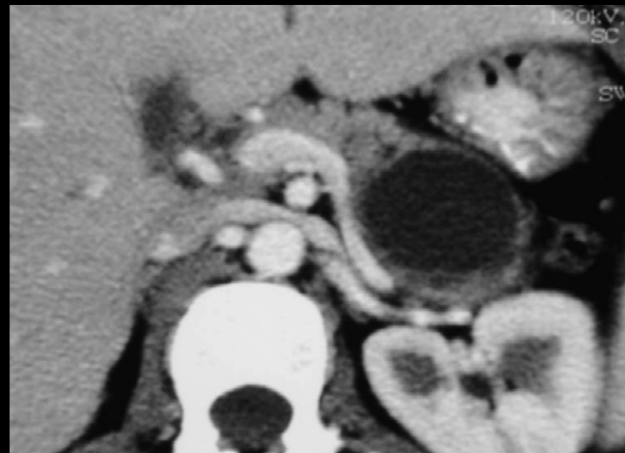
● 3/PSEUDOKYSTES

Il s'agit le plus svt de kyste retentionnel

Complique une PC 20-38%

- L'age moyen d'apparition=44a50ans
- 5années en moyenne après les 1^{er} symptome
- Consquence d'un obstacle en aval du canal pancreatique par des remaniement fibreux,des bouchons muqueux amas proteiques
- siege pref au niveau de la tete du p, taille variable,unique ou multiple
- peuvent disparaître spontanement si <3cm

**Dc a l'imagerie:formation arrondie
ou ovoide a contenu liquidien avec
une paroi bien visible en imagerie,
de taille variable**



- **4:EPENCHEMENTS SEREUX(peritoine, plevre,pericarde)**
 - consequence de la rupture d'un canal ou d'un pseudokystes ds la cavite peritoneale ou l'arrirere cavite des epiplons

- **ADENOCARCINOME PANCREATIQUE**
la cancérisation est exceptionnelle
**RISQUE PLUS ELEVE EN CAS DE PANCREATITE
FAMILIALE**

Evolution

- Deux phases.
- **Première**, s'étendant sur 10 à 15 ans, est marquée par des crises douloureuses abdominales et des complications aiguës (poussées de pancréatite aiguë, pseudokystes).
- **Seconde**, débutant en moyenne 10 ans après les premiers symptômes, est dominée par l'installation de l'insuffisance pancréatique exocrine (stéatorrhée) et endocrine (diabète). A ce moment, les douleurs disparaissent progressivement chez la majorité des malades

-dc différentiel

1Devant une douleur

MUGD,kc gastrique,kc colique colopathie fclle.....

2-Devant un aspect pseudotumoral

**le probleme se pose entre le KC du
pancreas et la pancreatite pseudotumorale
les douleurs et l'amaigrissement sont present ds
les deux cas ,l'imagerie peut etre la meme
et svt c l'etude de la piece op qui permet de
trancher**

TRAITEMENT

- **BUT**

- soulager le patient (trt de la douleur)
- trt de l'étiologie
- trt des complications

● TRT MEDICALE

1-MESURES DIETETIQUES

→ Arrêt de l'alcool

-jeune en cas de poussée aigue si prolonge nutrition entérale

2-ANTALGIQUES

paracetamol, AINS, Morphine

● **TRT INSTRUMENTALE**

1/Ponction ou drainage de pseudokystes:

- Abord percutané guidé par échographie ou scanographie
- Abord endoscopique ou échoendoscopique

2/Décompression canalaire :

- - mise en place de prothèses pancréatiques par endoscopie
- Lithotritie extra-corporelle: fragmentation de calculs.

3/Infiltration des plexus coliaques par injection d'anesthésiques ou d'alcool absolu guidé par échographie, ou le scanner

- **TRT CHIRURGICAL**

- Indications

- Compressions d'organes de voisinage (duodénum, voie biliaire principale),
- Pseudokystes non traitables par les méthodes non chirurgicales
- dilatation des voies pancréatiques en amont d'une sténose provoquant des douleurs incontrôlables.

- Les techniques
 - Exérèses : duodéno-pancréatectomie céphalique DPC
spléno-pancréatectomie gauche
 - Dérivations bilio-digestives
 - Drainages internes dans une anse digestive ou l'estomac d'un pseudo-kyste

Les exérèses pancréatiques sont de moins en moins souvent effectuées dans le cas de la pancréatite chronique. Les techniques endoscopiques sont en revanche de plus en plus souvent utilisées en première intention.

● **TRT DE L'ETIOLOGIE**

- P ALCOOLIQUE=arret de l'alcool**
- P AUTOIMMUNE= corticoides**
- P GENETIQUE =RAS**
- P OBSTRUCTIVE= endoscopie ou chirurgie**
- P EOSINOPHIL=cortic ou chromoglycate**